



Situation antécédents
évaluation demande

Saed

Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé

Octobre 2014

Abréviations utilisées

Saed : situation, antécédents, évaluation, demande

S.B.A.R. : *Situation, Background, Assessment, Recommendation*

OMS : Organisation mondiale de la santé

JCAHO : *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

IHI : *Institute for Healthcare Improvement*

AHRQ : *Agency for Healthcare Research and Quality*

Nota bene : *Les numéros entre parenthèses dans le texte renvoient aux références bibliographiques (paragraphe 3.3 du chapitre « Pour en savoir plus »).*

Ce guide est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Communication – information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé le 8 octobre 2014.

Préambule

Le programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 (PNSP) a recommandé de développer l'utilisation d'outils de standardisation pour sécuriser la communication entre professionnels de santé. Cette communication améliorée est basée sur la transmission d'informations indispensables à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du patient. Parmi les outils existants, l'outil **S.B.A.R.** (acronyme signifiant ***S****itua-tion,* ***B****ackground,* ***A****ssessment,* ***R****ecommendation*) constitue une référence internationale.

Pour ces raisons, la Haute Autorité de Santé a décidé d'élaborer une adaptation française : l'outil **Saed** (acronyme signifiant **s**ituation, **a**ntécédents, **é**valuation, **d**emande). L'objet de ce document est de proposer un guide pratique pour utiliser l'outil Saed et faciliter son implémentation.

À visée généraliste, l'outil Saed peut s'appliquer à de nombreux contextes de communication interprofessionnelle tout au long du parcours du patient, en établissements de santé et médico-sociaux, en hospitalisation à domicile et en médecine de ville.

Il pourra cependant faire l'objet d'adaptations, notamment par des sociétés savantes professionnelles, de manière à répondre à des spécificités de communication au sein de spécialités médicales (obstétrique, soins intensifs, etc.).

L'outil Saed s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la culture de sécurité et du travail en équipe.

Ce guide peut également contribuer à la formation des professionnels médicaux et paramédicaux dans le cadre de la formation initiale ou du développement professionnel continu (DPC) et pourra être utilisé et diffusé dans ce cadre.

Le guide est composé de 3 parties : « Saed : mode d'emploi », « Comment mettre en œuvre l'outil Saed ? » (formation, suivi de l'implémentation) et « Pour en savoir plus » (bibliographie).

« Saed : ça aide à communiquer ! »

Page blanche

Sommaire

Introduction

Le **défaut de communication constitue une des principales causes racines** des événements indésirables en milieu de soins (1, 2).

Les différences de personnalité, de culture, de comportement (facteurs humains), mais également les **variations intermétiers ou interspécialités** constituent des barrières à la communication entre les professionnels (1-4).

Cette hétérogénéité dans la communication peut amener, dans certaines situations, à une incompréhension ou une insatisfaction des interlocuteurs. La tension qui en résulte lors de la communication peut alors altérer la qualité de l'échange d'information (5-9) et impacter la qualité de vie au travail.

Les difficultés de communication peuvent aussi être majorées lorsque la communication a lieu entre un professionnel débutant et un professionnel senior (9, 10).

Saed : un outil utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé

L'outil de communication « situation antécédents évaluation demande » (Saed) est l'adaptation française de l'outil anglo-saxon « *Situation Background Assessment Recommendation* » (S.B.A.R.). C'est un **outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel** (1, 9, 11).

L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis.

1. Saed : mode d'emploi

1.1 Présentation de l'outil Saed

Saed est l'acronyme pour situation, antécédents, évaluation, demande.

Le professionnel prépare au préalable les informations indispensables pour la personne qu'il va contacter (par téléphone ou non) en s'aidant du mémo Saed sur lequel il peut noter les informations à communiquer (cf. annexe 1. Proposition de support Saed).

Situation

Antécédents

Évaluation

Demande

Le processus Saed se compose de plusieurs courtes étapes standardisées qui aident le professionnel à prévoir les informations requises pour permettre une communication de qualité avec son interlocuteur à propos de la prise en charge d'un patient.

► Quand utiliser l'outil Saed ?

Saed peut être utilisé dans les situations de communication orale suivantes :

- demande verbale d'avis (téléphonique ou non) entre professionnels de santé (par exemple entre infirmière et médecin, entre kinésithérapeute et médecin, entre pharmacien et médecin, entre médecins, entre sage-femme et gynéco-obstétricien, entre junior et senior, etc.) (11) ;
- en cas de communications urgentes, par exemple lors de l'aggravation d'un état clinique, ou lors de survenue de complications (4) ;
- lors du transfert intra ou interétablissements d'un patient (10, 12, 13) ;
- lors de staff pluriprofessionnel ou multidisciplinaire, afin de structurer la présentation d'un dossier de patient.

Par ailleurs, il a été montré que ce type d'outil peut être également utilisé pour structurer des échanges d'informations écrites (12) (e-mails, dossier médical informatique, etc.).

► Le Saed est-il un outil efficace ?

Plusieurs études d'évaluation ont mis en évidence des résultats positifs liés à son utilisation : amélioration de la qualité de la communication entre professionnels de santé, amélioration du contenu et de la clarté des informations données, meilleure analyse des informations reçues, augmentation de la satisfaction des professionnels de santé (6, 14-18).

De plus, il a été montré que lorsque l'outil Saed est intégré dans un programme d'amélioration du travail en équipe, des progrès sont notés dans le domaine de la communication, du travail en équipe et en termes de culture de sécurité (15).

1.2 Utilisation de l'outil Saed

► **Les 4 étapes de la communication réalisée par l'appelant**

S : Situation

Assurez-vous préalablement de l'identité de l'interlocuteur appelé.

Précisez :

- votre identité (nom, prénom, fonction) ;
- le service d'où vous appelez ;
- l'identité du patient (nom, prénom, âge du patient) pour lequel vous appelez ;
- la localisation actuelle du patient (unité, service, etc.) et le lieu où il a été pris en charge par votre interlocuteur (si cela a été le cas) ;
- le motif de votre appel de manière concise ;
- la **situation actuelle motivant votre appel**, basée sur des **faits objectifs** : **signes cliniques, constantes vitales**, etc.

NB. Pour préparer la communication et vous aider à la réaliser, vous pouvez écrire ces données sur le support écrit Saed fourni (cf. annexe 1).

Ainsi vous pouvez dire :

« Allô, bonsoir, c'est le docteur A. ?

C'est Annie O, une infirmière du service de médecine 1. La raison pour laquelle je vous appelle est que Mme Jeanne L., 69 ans, chambre 211, est très dyspnéique, sa saturation en oxygène a chuté à 87% en air ambiant, sa fréquence respiratoire est de 25/minute, sa fréquence cardiaque est à 115/minute et sa tension artérielle est de 85/50 mmHg. »

A : Antécédents

Précisez de manière concise et synthétique :

- la date d'admission et le diagnostic posé à l'admission du patient ;
- les antécédents médicaux liés à la prise en charge ;
- les interventions ou examens invasifs réalisés, liés à la prise en charge ;
- les traitements en cours ;
- les allergies connues ;
- les résultats d'examens pertinents (laboratoire, scanner, etc.) ;
- l'état habituel du patient (confus, douloureux, etc.) ;
- depuis quand la situation actuelle a évolué.

Pour cela, vous **devez avoir collecté au préalable ces informations** dans le dossier du patient en vous aidant de tout document utile (diagramme de soins, observations, résultats d'examens complémentaires, courriers, etc.).

NB. Pour préparer la communication et vous aider à la réaliser, vous pouvez écrire ces données sur le support écrit Saed fourni (cf. annexe 1).

Ainsi vous pouvez dire :

« Mme L. vivait à domicile sans problème de santé particulier mais elle a été admise il y a 5 jours pour une infection pulmonaire communautaire.

Elle a été placée sous antibiotiques intraveineux et allait bien jusqu'à maintenant. Mais les

constantes vitales qui étaient stables depuis l'admission se sont dégradées depuis 1 heure. »

E : Évaluation

Donnez votre interprétation de l'évolution de l'état de votre patient, des constantes vitales, des signes cliniques, et la **raison essentielle de votre préoccupation** avec des termes précis et clairs.

Vous devez penser de manière critique en informant votre interlocuteur de votre évaluation de la situation. Cela signifie que vous devez avoir considéré ce qui pourrait être la cause de l'état de votre patient en vous aidant des différents signes cliniques et résultats d'examens à votre disposition.

NB. Pour préparer la communication et vous aider à la réaliser, vous pouvez écrire ces données sur le support écrit Saed fourni (cf. annexe 1).

Ainsi vous pouvez dire :

« Son état s'est nettement aggravé. Je l'ai mise sous oxygène.

Elle se plaint également de douleurs à la poitrine et il semble y avoir du sang dans ses crachats. Elle n'a pas reçu de prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse.

Je ne sais pas ce qui se passe, mais je suis réellement inquiète. »

D : Demande

Exprimez de manière claire, précise et concise votre demande et les délais en termes de temps.

- Expliquez de manière concise ce dont vous avez besoin.
- Faites des suggestions.
- Clarifiez vos attentes en allant à l'essentiel : quelle est votre demande ? Autrement dit, qu'est-ce que vous attendez de la part de votre interlocuteur.

NB. Pour préparer la communication et vous aider à la réaliser, vous pouvez écrire ces données sur le support écrit Saed fourni (cf. Annexe 1).

Ainsi vous pouvez dire :

« Il faudrait que vous veniez tout de suite pour voir la patiente.

Que souhaitez-vous que je fasse dans l'immédiat ? »

► **L'étape de la communication réalisée par <u>l'appelé</u>**

Réponse de l'interlocuteur

Il est capital que votre interlocuteur ait compris votre demande d'avis.

Une fois que votre interlocuteur a obtenu les informations nécessaires à la bonne compréhension du problème et les réponses à ses questions éventuelles, **en réponse à votre demande,** il doit :

- confirmer qu'il a bien compris l'information reçue en **<u>la reformulant brièvement</u>**
- **<u>puis conclure par sa prise de décision.</u>**

Ce retour permet de **vérifier ensemble** que l'information était claire, qu'elle a été bien comprise et que la décision est adaptée (1, 10).

Ainsi votre interlocuteur peut dire :

Réponse du médecin :

« Si j'ai bien compris, vous m'avez dit que » :

S : Situation

« Mme Jeanne L, service de médecine 1, est très dyspnéique. Elle est tachycarde et sa saturation en O_2 baisse. »

A : Antécédents

« Entrée il y a 5 jours, elle est traitée par antibiotiques IV pour une infection pulmonaire communautaire. Elle n'est pas sous héparine (HBPM) et ses constantes vitales se sont dégradées depuis 1 heure.

E : Évaluation

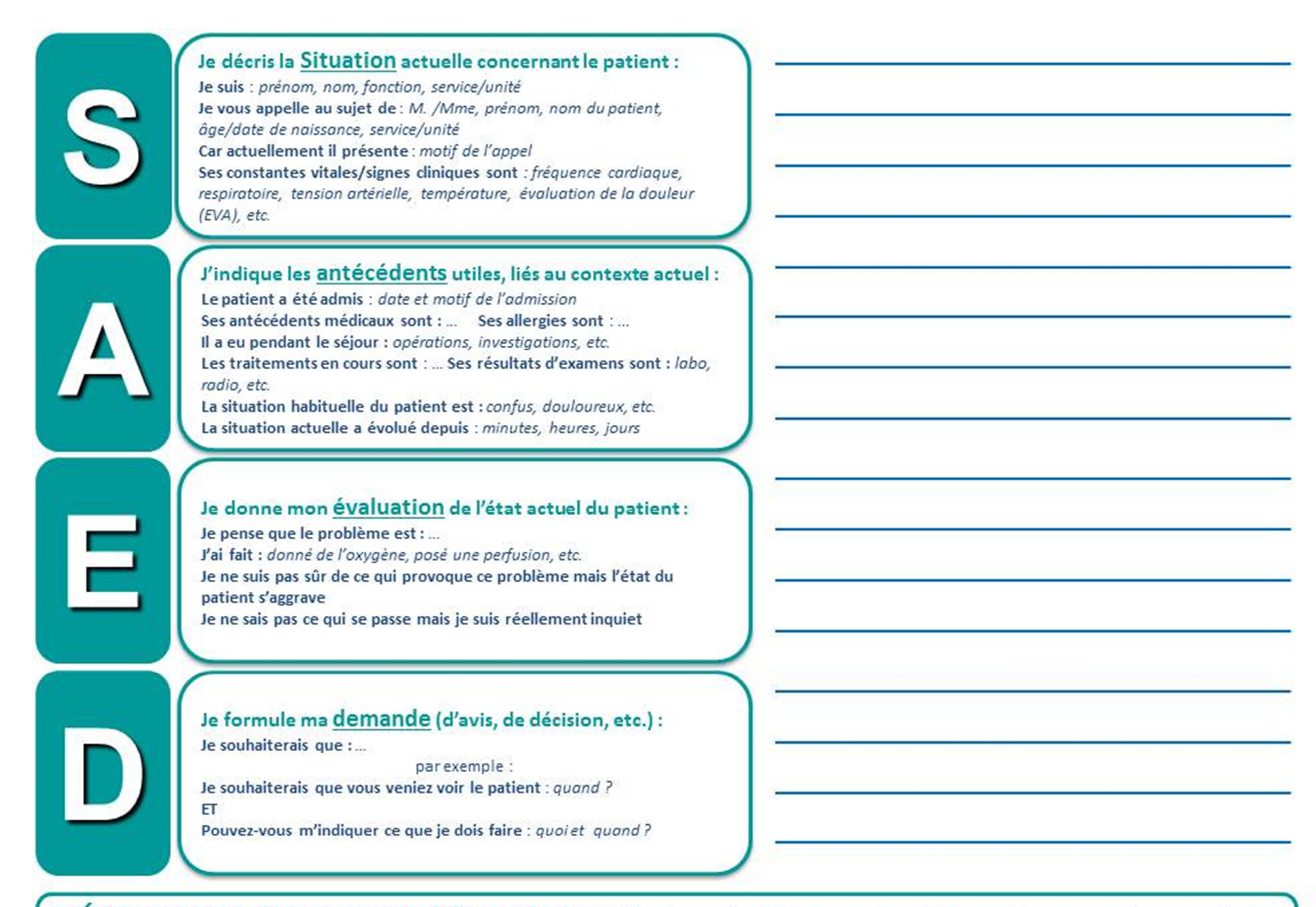
« Son état s'est aggravé rapidement, de plus elle présente une douleur à la poitrine avec des crachats hémoptoïques ».

D : Décision

« Ce que vous décrivez m'évoque une embolie pulmonaire. Je vais venir immédiatement. En attendant, merci de lui administrer 10 litres/minute d'oxygène au masque, de surveiller les constantes vitales et de lui mettre un scope. »

1.3 Proposition de support Saed

- Ce support (cf. annexe 1) peut être mis à disposition des professionnels par exemple dans les salles de soins, les offices, les bureaux, dans les chambres de garde, les salles d'examens, etc., idéalement sous forme de feuilles reliées en blocs thermocollés (détachables facilement).
- L'outil Saed proposé est à visée générale, il peut s'appliquer, tel quel, à de nombreux contextes de communication interprofessionnelle, en établissements de santé et médico-sociaux, en hospitalisation à domicile et en médecine de ville.



S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :
Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*
Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*
Car actuellement il présente : *motif de l'appel*
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :
Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*
Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*
Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :
Je pense que le problème est : ...
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :
Je souhaiterais que : ...
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Nota bene : l'annexe 1 propose ce support dans un format plus adapté et directement utilisable.

1.4 Mécanismes d'action et précautions d'emploi

► Quels sont les mécanismes d'action de l'outil Saed ?

- **Saed limite les pertes d'informations** causées par les **facteurs humains** : mauvaises formulations, imprécisions de langage, suppositions erronées, biais de mémorisation, influence du stress ou de la fatigue, ou en raison de réticence individuelle à communiquer (10). Ce dernier facteur est particulièrement important dans les situations où le professionnel peut être mal à l'aise pour demander un avis, par exemple chez le **professionnel débutant.**
- De même, en cas d'interruption de l'appelant par la personne appelée lors d'une communication orale, l'utilisation de l'outil Saed permet de conserver l'attention de l'appelant sur les informations à transmettre.
- Il aide à **prévenir les pannes de communication verbale et écrite**, en créant un schéma mnémotechnique partagé lors des transferts de patients ou lors de situations aiguës nécessitant une transmission de données critiques pour une prise de décision clinique.
- Saed est un mécanisme efficace pour **niveler les différences de communication intermétiers** par l'utilisation d'un langage commun (19). Comme mémo, il est facile à retenir et permet une préparation à la communication (16).
- Saed concourt à **renforcer la confiance en soi et la légitimité** des nouveaux professionnels pour réaliser une demande d'avis auprès d'un professionnel senior (16).
- Saed contribue à **renforcer le travail en équipe** par une communication améliorée (15).
- Utilisé pendant le transfert, Saed, peut réduire le temps consacré à cette activité, **libérant ainsi du temps pour les soins** (20).

► Précautions d'emploi

- Cet outil ne doit pas constituer un modèle unique et rigide qui aurait pour objet de s'appliquer à tous les aspects de la communication entre soignants. Par ailleurs, l'élaboration d'adaptations de ce modèle est encouragée, notamment dans le cadre de sociétés savantes professionnelles, de manière à répondre à des spécificités de communication au sein de spécialités médicales (obstétrique, soins intensifs, etc.) ou encore dans le cadre de communications particulières (RMM, revue de dossiers).

  Des précautions sont à connaître avant de l'utiliser :
- L'appelant doit prendre en compte le fait que l'appelé **n'est pas forcément en capacité de réceptivité optimale** s'il réalise au même moment la prise en charge d'un autre patient, s'il est dans une atmosphère bruyante, ou s'il dormait.
- L'appelant doit parler avec une **diction claire et suffisamment lente** pour laisser le temps au professionnel appelé de prendre des notes et d'assimiler ce que l'appelant décrit.
- Il est conseillé à l'appelant, avant de réaliser sa communication, de **préparer ce qu'il va dire** à **l'aide du support vierge** (annexe 1) en y notant les **mots clés importants** de sa communication. Cela va faciliter sa diction, la concision de son propos, le bon respect des étapes de l'outil Saed, et lui évitera d'oublier de communiquer une ou des informations importantes.
- Le support proposé (cf. annexe 1) constitue uniquement une aide pour qu'un professionnel puisse préparer au mieux sa communication, il n'est pas destiné à être archivé dans le dossier du patient. En revanche, si l'appel est signalé dans le dossier du patient, il peut être mentionné que l'outil Saed a été utilisé.
- La communication de l'appelant doit être factuelle, concise, sans répétitions inutiles, en allant à l'essentiel.
- Si l'appelé a des **questions complémentaires**, il est préférable qu'il laisse l'appelant terminer sa communication avant de lui poser ses questions. Une fois ses questions posées et les réponses

obtenues, l'appelé termine **en reformulant rapidement les éléments transmis par l'appelant** et **donne sa *réponse*** en cas de demande effectuée par l'appelant.

- Si la personne appelante est néanmoins interrompue par une question de l'appelé avant de terminer, elle répond à la question, puis reprend sa communication avec l'outil Saed.

Page blanche

2. Comment mettre en œuvre l'outil Saed ?

2.1 Objectifs

Objectif opérationnel

Améliorer la qualité et l'efficacité de la communication interprofessionnelle en cas de :

- demande verbale d'avis (téléphonique ou non) ;
- communications urgentes, par exemple lors de l'aggravation d'un état clinique, ou lors de survenue de complications ;
- transfert d'un patient intra ou interétablissements ;
- staff pluriprofessionnel ou multidisciplinaire, pour structurer la présentation d'un dossier de patient ;
- échanges écrits, par e-mails ou avec le dossier médical informatique.

Objectifs pédagogiques

Avoir compris l'utilité de l'outil Saed : ses avantages et ses limites.

Acquérir la maîtrise de l'outil Saed : être capable de le mobiliser dans des situations critiques.

2.2 Organisation de la mise en œuvre

Ce document propose des aides destinées à faciliter et accompagner la mise en œuvre de Saed par les professionnels. Leur usage et leurs adaptations éventuelles sont laissés à l'appréciation des professionnels et de leurs organisations en tenant compte des moyens disponibles en termes de formation (formateurs internes ou externes) et du temps disponible pour réaliser la formation et le suivi de la mise en œuvre.

Les techniques de simulation en santé peuvent faciliter la formation à l'outil Saed et l'évaluation de son utilisation. Elles peuvent être utilisées dans le cadre d'un programme de simulation proposé aux professionnels de santé (cf. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, HAS, 2012 (21)).

La démarche proposée pour la mise en œuvre de Saed s'appuie sur les expériences réalisées dans différents pays et a été testée en France auprès d'équipes volontaires (annexe 8).

Elle comporte 3 temps : un temps de préparation, un temps de formation et un temps de suivi.

► Préparation

L'implantation de Saed requiert au préalable :

- **l'inscription de ce projet** dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du secteur d'activité (unité de soins, pôle, établissement de santé ou médico-social, hospitalisation à domicile, maison médicale, etc.). Il est important de rappeler **que ce type d'outil,** pour déployer un maximum d'efficacité, mérite d'être intégré dans un programme plus vaste, multifacette, concernant l'amélioration du travail en équipe (cf. chapitre 3 du document « Pour en savoir plus ») ;
- **l'engagement et l'aide de la gouvernance** de cette organisation à la réalisation de ce projet ;
- **l'information** des professionnels de santé concernés à propos des objectifs à atteindre et des modalités de mise en œuvre ;
- la **formation des professionnels de santé** à son utilisation. Elle peut être réalisée en petits groupes et basée sur des mises en situation adaptées à des situations réelles rencontrées ;
- **la mise à disposition de différents documents** auprès des professionnels pour les aider à sa mise en œuvre. Il peut s'agir d'affiches dans les unités de soins (postes/offices de soins, banques ou zones d'accueil), de stickers autocollants sur les téléphones et de blocs de supports vierges Saed thermocollés prêts à l'emploi (annexe 1). Ces documents et supports doivent être disponibles dès l'étape de formation.

► Formation (cf. 2.3)

La session de formation proposée dans le guide est une formation courte d'une durée maximale de une heure, adaptée à la formation d'un petit groupe de professionnels (maximum 15 personnes). Elle est basée sur la présentation d'un diaporama synthétique de 8 diapos (cf. annexe 2) et sur une mise en situation sous forme de jeu de rôles à partir d'un des scénarios préétablis (cf. annexe 3). Un questionnaire d'évaluation de la formation est proposé (cf. annexe 4).

► Suivi de l'implémentation (cf. 2.4)

Dans le cadre du suivi, plusieurs outils d'évaluation sont proposés : une évaluation de la satisfaction des utilisateurs (cf. annexe 5), une enquête d'évaluation de la communication avant/après pour les établissements qui souhaiteraient la réaliser (cf. annexe 6), ainsi qu'un questionnaire d'évaluation des connaissances des personnes formées (cf. annexe 7).

2.3 Formation

Durée de la session de formation : 60 minutes au maximum.

La séquence de formation, volontairement courte, permet d'être réalisée au moment du changement d'équipe.

Objectifs pédagogiques :

- expliquer l'importance de la communication en santé ;
- expliquer la technique de communication Saed ;
- illustrer l'utilisation de l'outil Saed par une mise en situation : réaliser une simulation de transmission d'information.

La session se déroule en 3 étapes.

Session de formation		
Étape 1 (15 minutes)	**Étape 2 (30 minutes)**	**Étape 3 (15 minutes)**
- Introduction à l'importance de la communication en santé - Présentation de l'outil Saed	- Exercices pratiques : mise en situation utilisant Saed : simulation de transmission d'information	- Résumé des avantages de l'outil Saed - Conclusion - Évaluation

► Étape 1 – Introduction à l'importance de la communication en santé et présentation de l'outil Saed (durée : 15 minutes)

Objectif : sensibiliser les apprenants à l'importance de la communication en santé et les familiariser à l'outil de communication Saed

- Tour de table : présentation rapide de chaque apprenant (prénom, fonction...)
- Présentation de Saed (cf. diaporama annexe 2).

► Étape 2 – Exercice pratique : simulation de transmission d'information utilisant l'outil Saed (durée : 30 minutes)

Objectif : commencer à utiliser l'outil Saed à l'aide d'un scénario préétabli

Documents nécessaires : un *scénario préétabli (cf. annexe 3) et des supports Saed vierges (cf. annexe 1).*

Briefing

- Il est fait appel à trois volontaires du groupe d'apprenants pour participer à une simulation de transmission d'information (par exemple par téléphone) : l'un jouera le rôle du professionnel appelant, l'autre celui du professionnel appelé, le troisième celui d'un observateur.
- Le professionnel appelant prend connaissance du scénario préétabli écrit sous forme narrative. Il reformule à l'aide du support Saed vierge les informations qu'il doit transmettre au professionnel appelé (temps de préparation 5 minutes).
- Il est demandé à l'observateur d'écrire les informations qui seront échangées entre les deux interlocuteurs.

Déroulement de la mise en situation

- Le professionnel appelant simule la transmission d'information verbalement auprès du professionnel appelé, à l'aide des 4 étapes de l'outil Saed. Il utilise comme support de lecture le support Saed vierge qu'il a rempli pendant le temps de préparation.
- Le professionnel appelé répond au professionnel appelant, si nécessaire en lui posant des questions pour compléter les informations transmises, puis lui confirme qu'il a bien compris l'information reçue en la reformulant brièvement et termine par sa prise de décision.

Débriefing

Après la réalisation de la mise en situation, il est nécessaire de **débriefer avec l'appelant, l'appelé et l'observateur concernant la mise en situation** selon le processus suivant :

- Demander leur ressenti lors de cette expérience de transmission et de réception de l'information.
- Demander ce qui s'est passé, ce qui a bien marché, ce qui aurait pu être amélioré.
- Demander à l'ensemble des apprenants ce qui aurait pu être amélioré.
- Le formateur conclut en donnant son point de vue.

► Étape 3 – Résumé des avantages de l'outil Saed et conclusion (durée : 15 minutes)

Objectif : mettre en avant les avantages de l'outil Saed pour améliorer la communication entre les différents professionnels de santé

A. Demander aux apprenants de décrire les avantages de l'utilisation de Saed

→ Faire participer les apprenants.

Les points clés à rechercher sont :

- Saed permet de **faire gagner du temps** pour les patients et les professionnels de santé.
- Saed est un moyen de communiquer **des informations concises et claires.**
- Saed **évite les incompréhensions et tensions** entre professionnels.

B. Demander aux apprenants comment ils pensent utiliser Saed

→ Faire participer les apprenants

Les points clés à rechercher sont :

- dans votre établissement de santé ;

- entre les professionnels d'un même service.
- entre les professionnels de services différents.

C. Si vous avez des médecins dans le groupe, demandez-leur :

- Est-ce que cela faciliterait votre travail si un membre du personnel communiquait avec vous à l'aide de l'outil Saed ?
- Pensez-vous que vous pourriez encourager les professionnels de santé à apprendre cette nouvelle méthode de communication ?

Points clés pour le formateur

- Aider les apprenants à formuler les étapes d'« Évaluation » et de « Demande ».
- Rappeler l'importance de faire reformuler l'interlocuteur pour s'assurer qu'il a compris les informations transmises.
- Faire en sorte que cet atelier soit ludique et le plus proche possible d'une situation réelle.

Évaluation immédiate de la formation

L'évaluation est réalisée à l'aide d'un questionnaire (cf. annexe 4) distribué aux participants à la fin de la formation.

► Étape optionnelle : renouvellement de la session de formation

Le cas échéant, l'éventualité d'une 2e période de formation peut se poser notamment en cas de turn-over important des professionnels.

Dans ce cas, l'étape de mise en situation pourra s'appuyer sur une expérience vécue par les professionnels de la structure depuis la première formation de manière à faciliter l'appropriation des apprenants. Cette expérience sera recueillie au préalable par le formateur.

2.4 Suivi de l'implémentation

De manière à optimiser l'implémentation de l'outil Saed, il est recommandé de réaliser un suivi de sa mise en œuvre.

Il est important de vérifier au préalable la mise à disposition de différents supports auprès des professionnels pour les aider. Il peut s'agir d'affiches dans les unités de soins (postes/offices de soins, banques ou zones d'accueil), de stickers autocollants sur les téléphones et de blocs de supports vierges Saed thermocollés prêts à l'emploi (annexe 1).

Différentes enquêtes peuvent être réalisées.

► Enquête de satisfaction

Environ 3 mois après la réalisation de la formation, l'organisation (établissement, pôle, unité, HAD, maison médicale, etc.) peut proposer la réalisation d'une enquête de satisfaction des utilisateurs (cf. annexe 5). Cette enquête a pour objectif d'évaluer le niveau d'utilisation de l'outil depuis la période de formation ainsi que le degré de satisfaction des utilisateurs.

► Évaluation de la qualité de la communication avant et après la mise en place de l'outil Saed

Le cas échéant, si l'organisation souhaite réaliser une évaluation de l'amélioration de la communication, il peut être envisagé une enquête de type avant-après auprès des professionnels concernés.

Une première évaluation de la qualité de la communication pourra être réalisée **avant l**a mise en place de l'outil Saed, par exemple à partir d'un échantillon significatif d'appels. Cette évaluation permettra d'établir une mesure de référence initiale dans le secteur d'activité concerné.

Ces évaluations pourront être réalisées à l'aide d'un questionnaire d'évaluation. Un questionnaire type est proposé en annexe 6. La méthodologie de l'enquête sera définie par l'organisation et adaptée au secteur d'activité concerné.

Une deuxième évaluation pourra être réalisée **après** la mise en place de l'outil Saed avec le même questionnaire d'évaluation et permettra de mesurer l'évolution de la qualité de la communication.

► Evaluation des connaissances des utilisateurs de Saed

Un questionnaire d'évaluation des connaissances des utilisateurs de Saed (cf. annexe 7) est également proposé pour ceux (formateurs, responsables de secteur d'activité) qui souhaiteraient une évaluation plus précise.

Il est souhaitable qu'en cas de réalisation d'enquêtes d'évaluation leurs résultats soient présentés aux professionnels et discutés en groupe, par exemple en staff multiprofessionnel. Des actions éventuelles à mettre en œuvre (formations secondaires, adaptation du modèle, etc.) pourront être préconisées.

Page blanche

3. Pour en savoir plus

3.1 Synthèse

Initialement conçu par la marine américaine pour garantir une qualité de communication dans les sous-marins nucléaires, cet outil a été transposé dans le monde de la santé au sein du consortium de soins, Kaiser Permanente, en 2002 par Doug Bonacum et le Dr Michael Leonard (1).

La *Joint Commission* américaine[1] sur la base de l'analyse approfondie des causes d'événements indésirables graves (EIG), a déclaré priorité nationale 2006 la nécessité d'améliorer les transmissions entre les professionnels de santé, notamment par une standardisation accrue des communications. La méthode **S.B.A.R.** (***S****ituation,* ***B****ackground,* ***A****ssessment,* ***R****ecommendation*) a été retenue.

L'outil **S.B.A.R.** a pour objectif de structurer la communication entre professionnels de santé, en proposant une aide mnémotechnique lors de la transmission d'informations à propos d'un patient, en permettant de cibler les points importants le concernant, sans en oublier.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (22), *l'Institute for Healthcare Improvement* (IHI) (23) et le *National Health Service* (NHS) (20, 24, 25) recommandent également son utilisation**.** Cette technique fait désormais partie du **standard du soin** (26) dans de nombreux pays (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, etc.).

Différents kits d'implantation ont été réalisés par les systèmes de santé des différents pays. Ils comprennent des diaporamas de formation, des exemples de grille Saed, des supports S.B.A.R. prêts à l'emploi, des stickers, des affiches, et également des vidéos explicatives (20, 23, 25, 27-29).

Le modèle S.B.A.R. a été déployé dans **différentes spécialités** en établissement de soins : obstétrique, urgences, soins ambulatoires, soins intensifs, cardiologie, périnatalogie, etc. (1, 10, 15). Des adaptations du modèle initial ont été effectuées, ainsi l'outil S.B.A.R. a été modifié pour les soins de suite et de réadaptation par l'Institut de réadaptation de Toronto (18, 30, 31).

De même, l'outil S.B.A.R. est également préconisé dans le **cadre des soins à domicile** à l'usage des professionnels (19, 32) mais également pour faciliter la communication entre le patient ou sa famille et le professionnel (33, 34). Dans cette indication l'outil S.B.A.R., en donnant la parole au patient, le rend acteur de sa prise en charge et de sa sécurité, et l'écoute active du professionnel de santé permet de développer un partenariat « soignant/soigné » (10, 34).

L'outil S.B.A.R. est aussi utilisé par certaines structures de soins lors des **transferts de patients** ainsi qu'en réunion et **staff** multidisciplinaire lors de la présentation de dossiers de patients. De même l'outil a été également utilisé lors des **revues de morbidité et mortalité** (RMM) (35, 36). Il a été montré que l'impact du S.B.A.R. est plus important si cet outil s'insère dans un programme d'amélioration du travail en équipe (15).

Le développement d'un tel outil en France a également été retenu dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 (action 7 du PNSP). La traduction française retenue est **Saed** (**si**tuation, **a**ntécédents, **é**valuation, **d**emande).

L'outil Saed peut être utilisé pour façonner la communication à toutes les étapes du parcours du patient, depuis le courrier du médecin traitant qui adresse le patient, les transmissions entre les différents cliniciens, jusqu'à la communication de sortie auprès du médecin traitant. Il constitue un outil contributif au programme d'amélioration continue du travail en équipe, par le développement d'une dynamique de communication partagée entre ses membres (15).

---

[1] *Accreditation, Health Care, Certification* | *Joint Commission* [Internet]. [cité 14 déc 2013]. Disponible sur: http://www.jointcommission.org/

3.2 Éléments bibliographiques

► Objectif de S.B.A.R.

L'outil **S.B.A.R.** (en français : Saed) a pour objectif de structurer la communication entre professionnels de santé en proposant une aide mnémotechnique, lors de la transmission d'informations à propos d'un patient, qui permet de cibler les points importants le concernant, sans en oublier.

► Contenu et signification

S.B.A.R. est un acronyme signifiant :

***S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation* (22, 23).

Note : *L'acronyme anglais S.B.A.R. est utilisé dans le texte car c'est celui retrouvé dans la littérature. La traduction française retenue et utilisée dans ce guide est Saed **(s**ituation, **a**ntécédents, **é**valuation, **d**emande).*

Ces 4 composantes permettent de décrire successivement la **s**ituation du patient, ses **a**ntécédents, l'**é**valuation qu'en fait le professionnel de santé qui appelle et sa **d**emande (cf.1.1 Présentation de l'outil Saed).

► Méthodologie de recherche documentaire

La recherche documentaire a été menée au niveau international, elle a eu pour but d'identifier tout document se rapportant à l'outil S.B.A.R.

Une recherche a été conduite dans Medline en utilisant l'équation de recherche suivante :

SBAR/titre, résumé *OR (Interdisciplinary Communication/*descripteur *OR Cooperative Behavior*/descripteur *OR (Communication/*descripteur *AND (Interprofessional Relations*/descripteur *OR Nursing Staff/organization & administration/*descripteur *OR Attitude of Health Personnel*/descripteur *OR Nursing Staff, Hospital/organization* & *administration*/descripteur *OR Medical Staff, Hospital*/descripteur *OR Physician-Nurse Relations*/descripteur *OR Inservice Training/organization* & *administration*/descripteur *OR Patient Care Team/organization* & administration/descripteur))) *AND (Program Development*/descripteur *OR Risk Assessment/organization* & administration/descripteur *Quality Assurance, Health Care/*descripteur *OR Safety Management/organization* & administration/descripteur *OR Total Quality Management/organization* & administration/descripteur *OR Patient Safety*/descripteur OR Quality Improvement/organization & administration/descripteur *OR Health Care Surveys*/descripteur *OR Program Evaluation*/descripteur *OR Pilot Projects*/descripteur)

La littérature grise a été recherchée sur les sites pertinents et a permis d'identifier des documents correspondant à nos besoins.

► Historique et développement

La *Joint Commission* (JCAHO, États-Unis) a procédé en 2003 à une analyse de 4 977 précurseurs d'événements indésirables graves (EIG) survenus entre 1995 et 2003. Les défauts de communication entre professionnels sont apparus particulièrement fréquents, et ont justifié que cet organisme annonce en 2006 une nouvelle priorité nationale : le déploiement d'une méthode standardisée de transmissions (37), incluant un dialogue sous forme de questions et de réponses.

S.B.A.R. a été conçu au début des années 2000 par le réseau Kaiser Permanente (États-Unis[2]) (39), dans une réflexion interne au groupe et sur la base de principes déjà connus dans l'armée américaine. L'objectif était de diminuer les risques associés aux soins par l'utilisation d'un outil standardisé d'amélioration des transmissions. L'outil a bénéficié de la collaboration de chercheurs déjà très impliqués dans la sécurité aérienne (notamment Bob Helmreich de l'Université du Texas, psychologue et spécialiste en facteurs humains) (38). Le premier test de S.B.A.R. a été fait en Californie dans le cadre d'un projet périnatal en 2001.

L'IHI (39) (*Institute for Healthcare Improvement, Boston,* États-Unis) s'est alors proposé en relais de Kaiser Permanente (convention tripartite IHI-JCAHO-Kaiser) pour diffuser l'outil à grande échelle aux États-Unis, avec le soutien actif de l'AHRQ[3] (42) et de la JCAHO qui a alors inclus cet item dans le manuel de certification des établissements de santé américains.

L'IHI et l'AHRQ ont d'ailleurs mis à disposition publique des kits d'explication, de formation et des vidéos (40) à propos de S.B.A.R.

Ce cadre général a fait l'objet de fiches pratiques établies par les établissements et distribuées dans les services de soins.

Puis, rapidement, l'outil S.B.A.R. a été intégré dans des programmes « multifacettes » de formation au travail en équipe, comme *teamstepps* développé par l'AHRQ (41) ainsi que celui de « *medical team training* » des hôpitaux des vétérans aux États-Unis (*Veterans Health Administration*) (42). Cet outil de communication S.B.A.R. est également recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (43).

En France, le développement de l'outil a été inscrit dans le cadre du **p**rogramme **n**ational pour la **s**écurité des **p**atients 2013-2017 (PNSP) : il en constitue l'action 7 de l'axe 1. La traduction française retenue par un groupe d'experts a été **Saed** (**s**ituation, **a**ntécédents, **é**valuation, **d**emande).

► Revue de la bibliographie

Une revue systématique de la littérature en 2009, portant sur les outils disponibles pour une standardisation des transmissions, a retenu 46 articles publiés entre 1997 et 2008 (11). Le thème est récent, puisque 38 ont été publiés après 2006, et une large majorité porte sur S.B.A.R., puisqu'il s'agit de la méthode retenue par la JCAHO.

Dans ce contexte, les publications ont été au départ majoritairement publiées dans *The Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*. Une autre caractéristique de ces publications reste le caractère répétitif des contenus à visée pédagogique (souvent une reprise des directives JCAHO, de la grille S.B.A.R., un exemple d'implémentation locale, des résultats positifs, avec des limites méthodologiques importantes). On note une seule étude randomisée et très peu d'études d'observation avant et après.

En dehors des essais de départ de la méthode par Kaiser Permanente, le premier test est publié en 2006 (14), concluant à un bon usage de S.B.A.R. dans un hôpital régional. L'application concerne les transmissions médecin-médecin et infirmier-médecin pour la réconciliation médicamenteuse en entrée et sortie du patient (l'application s'est élargie au-delà de l'étude aux coordinations interservices lors du transfert de patients).

L'article signale non seulement un bénéfice pour la fréquence et la qualité des réconciliations réalisées, mais aussi une baisse des EIG dépistés par un algorithme de *trigger tools*. C'est le seul article publié à ce jour qui utilise un protocole avant-après et qui signale ce type d'impact positif sur la sécurité. Mais la qualité méthodologique de la publication est faible (statistiques descriptives). Les recommandations de cette publication mentionnent la nécessité de commencer par une petite équipe et des leaders très impliqués (champions)

---

[2] *Affordable Health Coverage | Quality Care | Kaiser Permanente* ® [Internet]. [cité 14 déc 2013]. Disponible sur: https://healthy.kaiserpermanente.org/html/kaiser/index.shtml

[3] AHRQ.gov | *Agency for Healthcare Research & Quality* (AHRQ) [Internet]. [cité 15 déc 2013]. Disponible sur: http://www.ahrq.gov

pour faire adopter le concept. Ce travail insiste sur la nécessité de placer des rappels, affiches et supports S.B.A.R. dans les offices d'infirmières, et de réaliser des séquences de jeux de rôles périodiques pour se réentraîner. L'incorporation d'un rappel de la méthode dans les formations au travail en équipe a été également réalisée.

Depuis, les essais d'application dans les hôpitaux américains ont gagné presque tous les types de services, notamment la réanimation, l'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, le SSR, et les centres de traumatologie (4, 44).

En 2008 (45), une équipe de réanimation d'un hôpital chirurgical spécialisé de Pittsburg rend compte d'un même succès global, après implémentation de S.B.A.R. Les résultats restent très qualitatifs sans chiffres précis. L'outil a été très apprécié des infirmières, mais avec quelques résistances des médecins pour sa partie « ***R****ecommendation* » (les médecins estiment que les infirmières n'ont pas à faire de recommandations). Cet obstacle a été en partie levé par des interventions et explications auprès des intéressés.

En 2010, cette méthode a été utilisée dans un centre de soins de suite, impliquant tout le personnel (infirmières, médecins, aides-soignantes), dans le cadre d'une campagne de standardisation des communications et de signalement des chutes (18). L'article souligne la satisfaction générale de tous ces utilisateurs. L'étude a été accompagnée d'une formation généralisée sur 6 mois à partir d'un kit de formation et de simulations vidéo, pour bien faire comprendre la méthode. Finalement, cet article signale deux choses importantes :

- l'outil a tellement plu qu'il a inspiré rapidement d'autres usages dans d'autres contextes de communication. Il a été considéré comme bénéfique pour le climat général de travail et de sécurité ;
- mais sa maintenance dans le temps réclame des efforts de tous, il faut notamment prévoir les réentraînements, mais aussi le temps, chaque fois que l'on s'en sert, de dire les choses comme prévu dans S.B.A.R. (alors que les professionnels sont souvent sous une contrainte de gestion du temps), et enfin, il n'a pas été prouvé qu'il y ait eu un effet de S.B.A.R. sur la réduction du nombre de chutes.

Cet effet modeste de la mise en place de S.B.A.R. sur le résultat clinique (*outcome*) est retrouvé également dans plusieurs études. Par exemple, le seul essai (17) randomisé sur S.B.A.R. retrouvé dans la littérature porte sur l'ajustement d'un protocole d'antivitamines K avec ou sans méthode S.B.A.R. Il montre une petite tendance mais non significative sur le plan statistique en matière d'amélioration de la qualité de l'ajustement des doses, et de réduction des événements indésirables.

En 2012, un autre essai est publié sur une implémentation de S.B.A.R. à très grande échelle, sur une longue durée (2 ans), dans un réseau d'hôpitaux (*Baylor Health Care Systems*, Dallas) (6). L'article décrit de manière détaillée les étapes de déploiement étalées sur plus d'une année (un noyau d'infirmières « championne » ont pris en charge le projet et développé, en lien avec le responsable qualité local, l'outil spécifique retenu, les kits de formations, les CD, les vidéos, les supports de présentation, des posters). La formation a été très encadrée et obligatoire pour tout le personnel avec des sessions dédiées et des jeux de rôles qui sont repris régulièrement. Après 2 ans, 73 % des infirmières disaient se servir de S.B.A.R. correctement et régulièrement. Les principales raisons de non-utilisation sont le refus de certains médecins, une habitude et une façon de faire jugées déjà très performantes pour transmettre de l'information, et une absence d'usage de S.B.A.R. par les autres collègues du service. Les reproches des médecins portent sur des cas d'impréparation de la communication par l'infirmière utilisant S.B.A.R. (qui rend l'appel trop long) ou au contraire parfois une communication trop rigide, qui ne va pas à l'essentiel, et se perd dans sa formulation obligatoire de S.B.A.R. Dans l'ensemble les médecins étaient moins bien formés à S.B.A.R. et de ce fait moins convaincus et adhérents. L'idée d'une formation récurrente annuelle est proposée dans l'article pour le personnel afin de maintenir la méthode active.

Des réécritures et versions informatiques (12) de l'outil ont émergé aux États-Unis pour aider et guider les transmissions entre équipes (comme pour la *check-list*), les promoteurs de cette évolution suggérant que la version informatique oblige beaucoup plus à l'utilisation de S.B.A.R. que la version papier et verbale.

Au fil du temps, les extensions de l'usage de la méthode sont également nombreuses. On retrouve par exemple une utilisation du principe S.B.A.R. par les chirurgiens pour standardiser leurs présentations de cas cliniques en RMM avec une très bonne satisfaction des utilisateurs (36). Évidemment, dans ce cas les initiales S.B.A.R. sont les mêmes mais le contenu un peu différent. S.B.A.R. devient : *Situation* pour une brève présentation du cas, *Background* pour expliquer les événements pertinents dans la survenue de l'EIG, *Assessment* et *Analysis* pour identifier et lister les facteurs causaux, et *Review of Literature* & *Recommandations* pour tirer les leçons du cas et proposer des évolutions.

L'extension de l'usage de S.B.A.R. est aussi internationale avec une appropriation par les autorités de santé du Canada qui conseillent l'usage de la méthode, parmi d'autres actions à mettre également en place, pour favoriser la communication interprofessionnelle (particulièrement lors de la mise en place de '*huddles*', qui consistent en des briefings très courts mais fréquents de la situation du service, du patient, des actions à faire, de manière à synchroniser l'équipe (50)). Cette importation canadienne a procuré une traduction en langue française de S.B.A.R. sous le terme SAER (*Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation*).

Des auteurs australiens ont aussi développé une version IS.B.A.R.(*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) destinée à être enseignée aux étudiants de dernière année de médecine. Il a été constaté que ces étudiants formés à IS.B.A.R. communiquaient davantage de renseignements et de façon plus claire, lors de son utilisation lors de sessions de simulation, que les étudiants n'ayant pas reçu cet enseignement (46).

Le NHS au Royaume-Uni a également adopté et promulgué la méthode avec une déclinaison assez complète d'applications dans les différentes spécialités (47), des vidéos publiques (particulièrement sur l'usage de S.B.A.R. au bloc opératoire) (48).

Quand on élargit le champ de lecture de la littérature aux difficultés de communication entre professionnels de santé et de transmissions incomplètes, celles-ci semblent une évidence pour la communauté scientifique travaillant sur la sécurité du patient depuis le début des années 2000. Les recherches ont donc été assez nombreuses pour identifier pourquoi le problème existe, puis pour rechercher des solutions.

Une revue récente de littérature de chercheurs écossais (49) précise qu'aucun outil de standardisation de la communication n'a été jusqu'à présent validé pour son efficacité à améliorer la sécurité par des méthodes de preuve suffisantes, qu'il s'agisse de S.B.A.R. ou d'outils concurrents comme JUMP (50) (acronyme d'une méthode recommandée pour les communications aux urgences et proposée par la Nouvelle-Zélande : ***J****obs outstanding,* ***U****nseen Patients,* ***M****edical contacts,* ***P****atients to be aware of*…).

Plusieurs pays européens (Italie, Espagne, Pays-Bas, Pologne, Suède et Royaume-Uni) ont été très contributeurs à des travaux de recherche sur les transmissions, particulièrement à travers le projet *European Handover* (51, 52) conduit entre 2009 et 2012 et dont le contenu était focalisé sur la continuité des soins et les transmissions hôpitaux-médecine générale.

Ce projet européen s'est intéressé aux causes racines du problème, c'est-à-dire pourquoi les professionnels ne prennent pas le temps de communiquer ensemble : manque de personnels, manque de temps, surcharge, défaut d'organisation, formalisme lourd et excessif de traces et d'écrits réglementaires déjà existants, en concurrence avec tout ce qui peut être nouvellement introduit, une trop grande autonomie des comportements, pas suffisamment d'esprit d'équipe.

Les publications sur S.B.A.R., réalisées dans un contexte anglo-saxon, sont bâties sur le postulat que la standardisation peut impacter la culture et peut faciliter la communication. L'approche du projet européen exprime une vision différente partant de l'hypothèse que le changement de culture va permettre l'amélioration de la communication et installer une meilleure standardisation. Ce débat est déjà rencontré dans l'introduction de la *check-list* chirurgicale ou l'introduction des dossiers médicaux informatisés.

Il est intéressant de constater que globalement les auteurs et experts mondiaux s'accordent pour attester que la standardisation doit être faite, mais n'apportera de résultats que si elle est intégrée avec d'autres actions.

C'est un des enseignements tirés du programme de formation au travail en équipe des vétérans aux États-Unis : la mise en œuvre de ce programme multifacette (dont l'outil S.B.A.R. fait partie avec de nombreuses autres actions) a permis une réduction de la mortalité annuelle de 18 % (53).

► Analyse critique

Les essais d'implémentation de l'outil S.B.A.R. sont assez nombreux et convergent sur des résultats récurrents.

On peut retenir les aspects positifs suivants :

- une facilité de présentation et de compréhension ;
- une bonne adhésion des utilisateurs, particulièrement des soignants ;
- l'amélioration et la clarification objectives des contenus transmis ;
- une capacité au déploiement de l'outil qui peut être utilisé dans tous les secteurs d'activité, et plus généralement dans tous les domaines où des professionnels parlent aux professionnels à propos d'un patient donné (y compris pour la formation, les RMM et même l'interface médecin-patient).

Mais des difficultés existent :

- le besoin d'une formation sérieuse et maintenue dans le temps des utilisateurs ;
- le constat d'une moins bonne formation des médecins que des soignants qui a pour conséquence une plus grande réticence à l'utilisation de l'outil, notamment pour sa partie « *Recommendation* » *;*
- l'outil est adapté mais l'expression du professionnel appelant peut demander du temps (qui manque souvent au professionnel appelé). Il convient donc de se limiter à l'essentiel, de bien préparer ce que l'on va dire et de ne pas rechercher les informations au moment de la transmission ;
- comme beaucoup d'outils utilisés dans ce domaine, le niveau de preuve de l'outil est encore limité, en raison du faible recul et de l'insuffisance du nombre d'études présentant une méthodologie rigoureuse ;
- les travaux publiés, à l'issue du récent projet de recherche européen sur l'amélioration des transmissions entre professionnels, mentionnent la nécessité d'une standardisation de la communication, mais insistent sur le côté multifacette que doivent avoir les interventions ou les programmes développés dans cet objectif. Un outil de type S.B.A.R. doit donc naturellement s'intégrer dans ce type de programme.

► Conclusions

Cet outil utilisé mondialement, qui suscite une adhésion de ses utilisateurs, nécessite un vrai effort de déploiement (formation des utilisateurs, diffusion de supports, etc.). L'engagement de la direction et du management dans la réussite de son déploiement est essentiel.

Il mérite, pour déployer un maximum d'efficacité, d'être intégré dans un programme plus vaste, multifacette, portant sur la communication entre professionnels ou plus généralement le travail en équipe.

Il est important de poursuivre son évaluation en termes d'impact à l'aide d'études rigoureuses sur le plan méthodologique.

3.3 Références bibliographiques

1. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 2004;13(suppl 1):i85-i90.

2. Joint Commission. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type. 2004-2012 [En ligne] 2012. http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/

3. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. Dans: Hughes RG, ed. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: AHRQ; 2008. http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/ODanielM_TWC.pdf

4. Guise J-M, Lowe NK. Do you speak SBAR? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006;35(3):313-4.

5. Pope BB, Rodzen L, Spross G. Raising the SBAR: how better communication improves patient outcomes. Nursing 2008;38(3):41-3.

6. Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y*, et al.* Implementing SBAR across a large multihospital health system. Jt Comm J Qual Patient Saf 2012;38(6):261-8.

7. Cunningham NJ, Weiland TJ, Dijk JV, Paddle P, Shilkofski N, Cunningham NY. Telephone referrals by junior doctors: a randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting. Postgrad Med J 2012;88(1045):619-26.

8. Shannon D, Myers LA. Nurse-to-Physician Communications: Connecting for Safety. PSQH 2012(september-october):20-6.

9. Thomas CM, Bertram E, Johnson D. The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. Nurse Educ 2009;34(4):176-80.

10. Denham C. SBAR for patients. Patient Safety 2008;4(Number 1):38-48.

11. Riesenberg LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. Am J Med Qual 2009;24(3):196-204.

12. Wentworth L, Diggins J, Bartel D, Johnson M, Hale J, Gaines K. SBAR: electronic handoff tool for noncomplicated procedural patients. J Nurs Care Qual 2012;27(2):125-31.

13. Institut canadien pour la sécurité des patients. Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé. Edmonton: ICSP; 2011. http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf

14. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006;32(3):167-75.

15.Beckett CD, Kipnis G. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. J Healthc Qual 2009;31(5):19-28.

16. Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. Health Care Manage Rev 2012;37(1):88-97.

17. Field TS, Tjia J, Mazor KM, Donovan JL, Kanaan AO, Harrold LR*, et al.* Randomized trial of a warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach. Am J Med 2011;124(2):179.e1-7.

18. Andreoli A, Fancott C, Velji K, Baker GR, Solway S, Aimone E*, et al.* Using SBAR to communicate falls risk and management in inter-professional rehabilitation teams. Healthc Q 2010;13 Spec No:94-101.

19. Dalgleish J, Mpamugo B, Kearley C. Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile. Projet de stage étudiant financé en partie par l'Institut canadien pour la sécurité des patients Edmonton: ICSP; 2010. http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/studentships/Documents/2010-2011%20CPSI%20Studentships/Kearney%20Final%20Report_FR.pdf

20. NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR Implementation and training guide. NHS; 2010.

21. Haute Autorité de Santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. La Plaine Saint-Denis: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_format2clics.pdf

22. World Health Organization. Communication during patient hand-overs [En ligne]. http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/en/

23. Institute for Healthcare Improvement. SBAR Toolkit [En ligne]. http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

24. NHS Institute for Innovation and Improvement. Situation Background Assessment Recommendation [En ligne]. http://www.institute.nhs.uk/safer_care/safer_care/situation_background_assessment_recommendation.html

25. NHS Wales. 1000 Lives Plus. Publications [En ligne]. http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/publications

26. Iyer P. SBAR. Medical Legal News 2007;31.

27. Military Health System of U. S. Department of Defense. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) [En ligne]. http://www.health.mil/dodpatientsafety/ProductsandServices/Toolkits/S.B.A.R..aspx

28. Communication and Patient Safety Clinical Governance Unit MetroSouth. Course notes. Brisbane: Queensland Health. http://www.health.qld.gov.au/metrosouth/engagement/docs/caps-notes-a.pdf

29. Arizona Hospital and Healthcare Association. SBAR Communication Standardization in Arizona. Implementation Toolkit [En ligne]. http://finance.azhha.org/patient_safety/sbar.aspx

30. Velji K, Baker GR, Fancott C, Andreoli A, Boaro N, Tardif G*, et al.* Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. Healthc Q 2008;11(3 Spec No.):72-9.

31. Toronto Rehabilitation Institute. SBAR: A shared Structure for Team Communication. Toronto: Toronto Rehabilitation Institute; 2007. http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/Velji/Deliverables/SBAR%20Communication%20Toolkit.pdf

32. Home Health Quality Improvement. SBAR : A Home Health Package: HHQI. http://champ-program.org/static/Entire_SBAR_Package.pdf

33. Home Health Quality Improvement. Best practice Intervention Package. Patient Self management : HHQI; 2007. http://www.celtichealthcare.com/downloads/education/Patient%20Self-Management.pdf

34. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Patient and Family Engagement. Rockville: AHRQ; 2012. http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptfamilyscan/ptfamilyscan.pdf

35. Mitchell EL, Lee DY, Arora S, Kenney-Moore P, Liem TK, Landry GJ*, et al.* Improving the quality of the surgical morbidity and mortality conference: a prospective intervention study. Acad Med 2013;88(6):824-30.

36. Mitchell EL, Lee DY, Arora S, Kwong KL, Liem TK, Landry GL*, et al.* SBAR M&M: a feasible, reliable, and valid tool to assess the quality of, surgical morbidity and mortality conference presentations. Am J Surg 2012;203(1):26-31.

37. 2006 Patient Safety. JCAHO National Patient Safety Goals for 2006. Goal 2: Improve the effectiveness of communication among caregivers [En ligne] 2005. http://www.ed-qual.com/emergency_medicine_news/ed_news_2006_jcaho_patient_safety_goals.htm

38. Monroe M. SBAR: A structured human factors communication technique. Healbeat Newsletter 2006;6(1).

39. Institute for Healthcare Improvement. SBAR Toolkit [En ligne]. http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

40. Agency for Healthcare Research and Quality. Inpatient Medical: SBAR: TeamSTEPPS Training Video. February 2010 [En ligne]. http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/instructor/videos/ts_SBAR_NurseToPhysician/SBAR_NurseToPhysician-400-300.html

41. Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS®: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety [En ligne]. http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/index.html

42. Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: applying crew resource management in the Veterans Health Administration. Jt Comm J Qual Patient Saf 2007;33(6):317-25.

43. World Health Organization, Joint Commission. Communication during patient hand-overs. Patient safety solutions 2007;1(3).

44. Raines M, Mull A. Give it to me: the development of a tool for shift change report in a level I trauma center. J Emerg Nurs 2007;33(4):358-60.

45. Woodhall LJ, Vertacnik L, McLaughlin M. Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. J Emerg Nurs 2008;34(4):314-7.

46. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. Qual Saf Health Care 2009;18(2):137-40.

47. NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR resources [En ligne]. http://www.institute.nhs.uk/safer_care/safer_care/sbar_resources.html

48. NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR handover films [En ligne]. http://www.institute.nhs.uk/safer_care/safer_care/sbar_handover_films.html

49. Raduma-Tomàs MA, Flin R, Yule S, Williams D. Doctors' handovers in hospitals: a literature review. BMJ Qual Saf 2011;20(2):128-33.

50. McCann L, McHardy K, Child S. Passing the buck: clinical handovers at a tertiary hospital. N Z Med J. 2007;120(1264).

51. Philibert I, Barach P. The European HANDOVER Project: a multi-nation program to improve transitions at the primary care-inpatient interface. BMJ Qual Saf 2012;21 Suppl 1:i1-6.

52. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C*, et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care. A systematic review. Ann Intern Med 2012;157(6):417-28.

53. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, *et al.* Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. JAMA 2010;304(15).

Page blanche

Annexes

Annexe 1. Proposition de support Saed

S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :
Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*
Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*
Car actuellement il présente : *motif de l'appel*
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :
Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*
Ses antécédents médicaux sont : … **Ses allergies sont** : …
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*
Les traitements en cours sont : … **Ses résultats d'examens sont** : *labo, radio, etc.*
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :
Je pense que le problème est : …
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :
Je souhaiterais que : …
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Annexe 2. Diaporama de formation



1

Les défauts de communication constituent une des principales causes racines des événements indésirables en milieu de soins [1]

1. Joint Commission. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type. 2004-2012.

HAS

2

DIFFICULTES DE COMMUNICATION

1. Professionnels

- Variations interindividuelles : **facteurs humains**
- **Intermétiers; interspécialités; débutant – senior**

2. Quels impacts ?

- Altération de la **transmission d'informations essentielles**
  → Qualité et sécurité des soins
- **Incompréhension ou insatisfaction**
  Professionnels : la qualité de vie au travail

HAS

3

QUELS OUTILS ?

L'outil « Saed »

Situation, antécédents, évaluation, demande

« Saed » « ça aide à communiquer »

HAS

4

Saed (S.B.A.R) un outil reconnu

1. **Origine**
   - Utilisé en **santé à partir de 2002**
2. **Recommandé par**
   - **OMS, JCAHO, IHI, NHS**
   - Ministère de la Santé (PNSP, guide HAS)
3. **Un standard du soin**
   - États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, etc.
4. **Déployé dans différentes spécialités**
   - Obstétrique, cardiologie, périnatalogie, urgences, soins intensifs, soins ambulatoires, SSR, HAD, médecine de ville, etc.

HAS

5

Saed

1. **Qu'est-ce que c'est ?**
   - ✓ **Outil mnémotechnique** pour **structurer/standardiser la communication** auprès d'un autre professionnel
   - ✓ En libéral, en établissement de santé
2. **Quel est l'objectif principal ?**
   - ✓ Prévenir les événements indésirables pouvant résulter **d'erreurs de compréhension** lors d'une communication entre professionnels
   - ✓ Surmonter les obstacles à la mise en œuvre d'une **communication documentée claire et concise**

HAS

6

Quand utiliser l'outil Saed ?

- Demande verbale d'**avis** (téléphonique ou non)
- Communications **urgentes**
- **Transfert** de patient
- **Staff** pluriprofessionnel ou multidisciplinaire
- Revues de morbidité et mortalité **(RMM)**
- À toutes **les étapes du parcours** du patient
- Communication entre IDE et médecin, médecin et médecin, sage-femme et gynéco, kiné et IDE, pharmacien et médecin, etc.
- Échanges **écrits**

HAS

7

Saed : quelle efficacité ?

1. **Amélioration**
   - Qualité de la **communication** entre professionnels
   - **Contenu et clarté** des informations données
   - **Analyse** des informations reçues
   - **Satisfaction** des professionnels
   - Communication **des nouveaux professionnels**
   - Survenue **d'événements indésirables**
2. **Progrès documentés**
   - Lorsque l'outil Saed est utilisé conjointement avec un modèle multifacette **de travail en équipe** (culture de sécurité, communication).

HAS

8

S — **Je décris la Situation actuelle concernant le patient :**
Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*
Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*
Car actuellement il présente : *motif de l'appel*
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A — **J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :**
Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*
Ses antécédents médicaux sont : … **Ses allergies sont** : …
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*
Les traitements en cours sont : … **Ses résultats d'examens sont :** *labo, radio, etc.*
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E — **Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :**
Je pense que le problème est : …
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D — **Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :**
Je souhaiterais que : …
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

9

Annexe 3. Scénarios préétablis avec transcription Saed

Scénario 1

Mme Jeanne L. est une femme de 69 ans vivant à domicile sans problème de santé particulier.

Le 5 novembre, elle contracte une pneumopathie infectieuse et devant le tableau clinique (forte fièvre), elle est adressée par son médecin traitant à l'hôpital.

Admise en médecine interne (chambre 211), elle est placée sous antibiotiques par voie intraveineuse et récupère rapidement. Ses constantes vitales sont normales.

Cinq jours après son entrée, elle présente en début de nuit une dyspnée importante.

La patiente appelle l'infirmière, Mme O, qui mesure les constantes vitales suivantes :

la saturation est abaissée à 87 % en air, la fréquence respiratoire est de 25/minute, la fréquence cardiaque est à 115 et la tension artérielle est de 85/50.

L'infirmière constate que l'état de sa patiente s'est dégradé rapidement, les constantes ayant évolué depuis 1 heure.

Elle la place sous oxygène et auparavant la patiente lui explique qu'elle a mal à la poitrine et qu'elle vient de remarquer un peu de sang dans un crachat.

L'infirmière décide d'appeler le médecin, le Dr A.

Le médecin explique que ce qu'elle lui décrit évoque une embolie pulmonaire. Il lui précise qu'il va venir immédiatement. Le médecin lui demande, en attendant son arrivée, d'administrer à la patiente 10 litres/minute d'oxygène au masque, de surveiller les constantes vitales et de lui mettre un scope.



Je décris la Situation actuelle concernant le patient :
Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*
Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*
Car actuellement il présente : *motif de l'appel*
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

Allô, bonsoir, c'est bien le docteur A ?
C'est Annie O, une infirmière de médecine interne. Je vous appelle à propos de Mme Jeanne L., 69 ans, chambre 211 au 2e étage, qui est très dyspnéique.
Sa saturation a chuté à 87 % en air, la fréquence respiratoire est de 25/minute, sa fréquence cardiaque est à 115 et sa tension artérielle est de 85/50.

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :
Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*
Ses antécédents médicaux sont : ... **Ses allergies sont** : ...
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*
Les traitements en cours sont : ... **Ses résultats d'examens sont** : *labo, radio, etc.*
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

Mme L. vivait à domicile sans problème de santé particulier mais elle a été admise il y a 5 jours pour une pneumopathie. Elle a été placée sous antibiotiques IV. Elle allait bien jusqu'à maintenant mais alors que les constantes vitales de Mme L. étaient stables depuis l'admission, elles se sont dégradées depuis 1 heure.

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :
Je pense que le problème est : ...
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

Son état s'est nettement aggravé. Je l'ai mise sous oxygène, mais je suis réellement inquiète. Elle se plaint également de douleurs à la poitrine et il y a quelques filets de sang dans ses crachats. Elle n'a pas reçue de prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse.

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :
Je souhaiterais que : ...
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

Il faudrait que vous veniez tout de suite pour voir la patiente, quand pouvez-vous passer la voir ? Que souhaitez-vous que je fasse dans l'immédiat ?

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Scénario 2

Mme Odette S, 95 ans, 110 kg, 1,60 m, est admise aux urgences le 2 février à 13 h pour une appendicite. Le diagnostic a été confirmé par le chirurgien qui l'a programmée dans son bloc de spécialité à 16 h. Elle a des antécédents de bloc auriculo-ventriculaire (BAV), d'hypertension artérielle (HTA) et un asthme ancien. Le bilan biologique montre une hyperleucocytose isolée.

La fille de la patiente doit rapporter la dernière ordonnance en vigueur mais le médecin traitant ne peut être contacté.

Elle est vue par le Dr B, anesthésiste-réanimateur.

L'état de la patiente est stable, mais compte tenu des antécédents et de son état de santé (le score de gravité ASA est évalué à 3), le Dr B, prévoit de la transférer en soins intensifs après l'intervention.

Le Dr B, prescrit un ECG et demande un avis cardiologique avant la réalisation de l'intervention. La patiente sera à jeun à partir de 19 h.

Le Dr B, décide de contacter le chirurgien digestif, le Dr C, pour l'informer et programmer l'intervention avec lui ou son collègue de garde après 19h00 et au bloc des urgences.

Le chirurgien digestif remercie le Dr B de ces informations qu'il transmettra à son collègue de garde qui réalisera l'intervention à 19 h 15.

S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*
Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*
Car actuellement il présente : *motif de l'appel*
Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*
Ses antécédents médicaux sont : ... **Ses allergies sont** : ...
Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*
Les traitements en cours sont : ... **Ses résultats d'examens sont** : *labo, radio, etc.*
La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*
La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...
J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*
Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...
par exemple :
Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*
ET
Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

Bonjour, c'est Bernard B, anesthésiste.

Je t'appelle pour une patiente, Mme Odette S., 95 ans, qui est au S.A.U. et que tu dois prendre au bloc digestif cet après-midi pour une appendicectomie simple.

Cette dame âgée, obèse, a été admise à 13 h pour une appendicite. Elle a des antécédents de BAV, d'HTA et un asthme ancien. Sa fille doit nous rapporter sa dernière ordonnance puisqu'il semble qu'elle prend de très nombreux médicaments. Je n'ai pas pu joindre son médecin traitant. Son état est stable actuellement et sa biologie est normale à part une hyperleucocytose.

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Scénario 3

M. Marc N. 20 ans, est un jeune homme qui a eu un accident de moto aujourd'hui à 2 h du matin. Il est hospitalisé pour une fracture de fémur.

Il n'a pas d'antécédent particulier à part son allergie à la pénicilline.

Il a été opéré en urgence et a bénéficié d'une ostéosynthèse de fémur.

Depuis son retour de la salle de réveil dans le service d'orthopédie au 8e A et malgré les antalgiques prescrits il a très mal et s'agite un peu.

Mme L. infirmière dans le service, réalise l'évaluation de sa douleur : l'échelle visuelle analogique (EVA) est à 8 avec des constantes vitales normales.

Elle décide d'appeler le médecin, le Dr J. malgré le protocole de prise en charge antalgique en cours (PCA) et demande que le médecin passe voir le patient.

Le médecin lui demande de vérifier la PCA et précise qu'il passera voir rapidement le patient.

S — **Je décris la Situation actuelle concernant le patient :** **Je suis** : *prénom, nom, fonction, service/unité* **Je vous appelle au sujet de** : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité* **Car actuellement il présente** : *motif de l'appel* **Ses constantes vitales/signes cliniques sont** : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*	Bonjour, c'est bien le docteur J. ? Je suis Marie L. infirmière en orthopédie au 8 A. Je vous appelle pour M. Marc N. 20 ans, qui a bénéficié d'une synthèse de fémur ce matin et qui est très algique. Son EVA est à 8 avec des constantes vitales normales.
A — **J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :** **Le patient a été admis** : *date et motif de l'admission* **Ses antécédents médicaux sont** : ... **Ses allergies sont** : ... **Il a eu pendant le séjour** : *opérations, investigations, etc.* **Les traitements en cours sont** : ... **Ses résultats d'examens sont** : *labo, radio, etc.* **La situation habituelle du patient est** : *confus, douloureux, etc.* **La situation actuelle a évolué depuis** : *minutes, heures, jours*	C'est un jeune homme qui est entré cette nuit pour une fracture de fémur après un accident de moto. Il n'a pas d'antécédent particulier à part son allergie à la pénicilline.
E — **Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :** **Je pense que le problème est** : ... **J'ai fait** : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.* **Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave** **Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet**	
D — **Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :** **Je souhaiterais que** : ... par exemple : **Je souhaiterais que vous veniez voir le patient** : *quand ?* **ET** **Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire** : *quoi et quand ?*	

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Annexe 4. Questionnaire d’évaluation immédiate de la formation

Cette évaluation est anonyme, elle a pour objet d’aider à préciser les besoins des participants et à améliorer les futures formations.

IDENTIFICATION DE LA FORMATION SAED

Date : **Horaire** :

Lieu : **Session** :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Fonction :

Lieu d’exercice (unité, service, pôle, secteur...) :

L’échelle d’évaluation va de l’appréciation la plus faible (1) à la plus forte (9). Cochez la case correspondant à votre réponse. Si vous estimez ne pas pouvoir répondre, cochez la case NSP (ne se prononce pas).

Avant cette session de formation

Quelle était votre pratique de l’outil Saed (ou S.B.A.R.) ?

Aucune ☐ Rare ☐ Fréquente ☐ En projet ☐

Quelle était votre connaissance du sujet ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

À l’issue de cette session de formation

Avez-vous apprécié cette formation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Avez-vous acquis des données nouvelles pour votre pratique ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Les objectifs abordés étaient-ils en accord avec les objectifs annoncés ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Quelle est la qualité des documents pédagogiques ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Pour vous, quel est l’intérêt du thème traité ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Envisagez-vous à l’avenir de modifier votre pratique et d’utiliser l’outil Saed ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Comment évaluez-vous l'organisation matérielle de cette formation ? (Information, lieu, accueil, durée, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ?

Théorique Non ☐ Oui ☐

Pratique Non ☐ Oui ☐

Commentaires :

Merci pour votre participation

Annexe 5. Enquête de satisfaction

Avez-vous utilisé Saed durant ces 3 derniers mois ?

- o Oui
- o Non
- ➔ Si **oui**, merci de remplir ce questionnaire.

1. Combien de fois l'avez-vous utilisé ?

- o Moins de 5 fois
- o Entre 5 et 20 fois
- o Plus de 20 fois

2. Avez-vous participé à la formation organisée par l'établissement ?

- o Oui
- o Non

3. Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?

- o Oui
- o Non

4. L'outil Saed est-il facile à utiliser ?

- o Oui
- o Non

5. L'utilisation de Saed vous a-t-elle permis de faciliter la communication avec les autres professionnels de santé par rapport à vos expériences antérieures ?

- o Oui
- o Non

6. L'outil Saed vous a-t-il permis de gagner du temps ?

- o Oui
- o Non

7. L'outil Saed est-il adapté à vos conditions de travail ?

- o Oui
- o Non

8. L'utilisation de cet outil aide-t-elle à renforcer sa confiance en soi avant de passer un appel ?

- o Oui
- o Non

9. **Disposez-vous de supports pour faciliter l'utilisation de Saed ?**
(affiche, sticker, bloc de supports Saed vierges …)

- o Oui → Lesquels ? : …………….
- o Non

10. Auriez-vous aimé disposer de cet outil depuis le début de votre carrière ?

- o Oui
- o Non

11. Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de l'outil Saed ?

(1 : non satisfait / 9 : totalement satisfait)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

12. Que suggérez-vous pour améliorer l'outil tant sur la forme que sur le fond ?

Commentaires :

Annexe 6. Évaluation de la qualité de la communication avant et après la mise en place de Saed

► Questionnaire d'évaluation à compléter par un professionnel appelé et pour chaque appel

Sexe : Homme/Femme	Unité/Service :
Âge :	Formation Saed faite : Oui (préciser la date)/Non

Entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation.

- **La situation décrite par le professionnel appelant**

Clarté de la formulation (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Pertinence du propos (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

- **Les Antécédents liés à la situation, décrits par le professionnel appelant :**

Clarté de la formulation (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Pertinence du propos (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

- **L'Evaluation de la situation, faite par le professionnel appelant**

Clarté de la formulation (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Pertinence du propos (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

- **La Demande effectuée par le professionnel appelant**

Clarté de la formulation (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Pertinence du propos (1 : faible, 9 : excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

- **Temps d'appel adapté au contexte**

(1 : non satisfaisant, 9 : très satisfaisant)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

► Questionnaire d'évaluation à compléter par un professionnel <u>appelant</u> et pour chaque appel

Sexe : Homme/Femme	Unité/Service :
Âge :	Formation Saed faite : Oui (*date*)/Non

Entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation.

- **Le temps de préparation de votre appel a-t-il été satisfaisant ?**

(1 : non satisfaisant et perte de temps, 9 : satisfaisant et adapté)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

- **Quel niveau de difficulté avez-vous ressenti lors de l'appel téléphonique ?**

(1 : pas de difficulté, 9 : très forte difficulté)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

- **La réponse du professionnel appelé vous a-t-elle satisfait ?**

(1 : non satisfaisante, 9 : totalement satisfaisante)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	NSP

Annexe 7. Questionnaire d'évaluation des connaissances des professionnels de santé

Ce questionnaire anonyme d'évaluation des connaissances des professionnels peut être utilisé par le formateur ou par les responsables d'un secteur d'activité où a été réalisée la formation.

1re question : Que signifie l'acronyme Saed ?

Entourer les bonnes réponses

S : sérénité, saisie, situation, service, santé, sécurité

A : allergie, anesthésie, antécédents, anticiper, aide

E : empathie, évolution, encourager, évaluation, énergie, éducation, entraide

D : décision, demande, diagnostic, dépister, douleur

2e question : Pour la partie S de Saed, qu'est-ce que je précise ?

Mettre une croix devant les bonnes réponses

Mon identité

Quel est mon service

L'identité du patient

La localisation actuelle du patient

Les antécédents

Ma demande

La situation actuelle motivant mon appel

Les constantes vitales actuelles motivant mon appel

Mon évaluation de la situation

Les signes cliniques actuels motivant mon appel

J'écris ces données sur le support bloc-notes pour préparer mon appel

3e question : Pour la partie A de Saed, qu'est-ce que je précise ?

Mettre une croix devant les bonnes réponses

L'analyse de la situation

Tous les antécédents du patient depuis sa naissance

Uniquement les antécédents médicaux liés à sa prise en charge

Les allergies connues

La situation normale du patient (confus, douloureux, etc.)

Les traitements en cours

Ma demande

Mon évaluation de la situation

Les interventions et actes invasifs liés à la prise en charge actuelle

La date d'admission et le diagnostic posé à l'admission du patient

partir de quand la situation a évolué, motivant mon appel

4e question : Pour la partie E de Saed, qu'est-ce que je précise ?

Mettre une croix devant les bonnes réponses :

Ma demande

Mon interprétation de l'évolution de l'état du patient

La raison essentielle de ma préoccupation

5e Question : Pour la partie D de Saed, je précise :

Mettre une croix devant les bonnes réponses :

Ma demande

Mon diagnostic

Mon évaluation de la situation

Les antécédents

6e Question : En conclusion, à quoi sert la grille Saed ?

Mettre une croix devant les bonnes réponses

À tracer un appel qui a été réalisé de manière à le classer dans le dossier du patient

À préparer un appel qui va être réalisé pour faciliter la communication avec son interlocuteur

À structurer la communication entre des professionnels de santé

À gagner du temps

À communiquer des informations concises et claires

À prévenir les incompréhensions et les tensions entre professionnels de santé

À renforcer la confiance en soi et sa légitimité lors d'un appel

À prévoir les informations que l'interlocuteur risque de demander

7e question : Si on note dans le dossier du patient que l'on a appelé un autre professionnel de santé, peut-on spécifier que l'on a utilisé l'outil Saed ?

Cocher la bonne réponse

- o Oui
- o Non

Page blanche

Annexe 8. Élaboration du guide - Remerciements

Le 14 février 2013, le ministère de la Santé a présenté le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017. Dans le cadre de l'axe 1 (information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité), il a été demandé à la HAS de développer des outils de standardisation de la communication entre professionnels de santé (action 7) dont fait partie l'outil Saed (situation, antécédents, évaluation, demande).

L'outil proposé, appelé Saed (traduction de l'acronyme anglais S.B.A.R.), est un outil mnémotechnique qui permet de structurer les communications entre professionnels de santé afin de limiter les erreurs, oublis et incompréhensions survenant lors de celles-ci.

Ce document a été élaboré par l'équipe projet HAS à partir d'une revue de la littérature et testé auprès d'équipes volontaires en établissement de santé.

Dans un second temps, le guide a été soumis pour relecture d'une part à un groupe de professionnels experts, et d'autre part aux facilitateurs et binômes des équipes engagées dans le programme PACTE (programme d'amélioration continue du travail en équipe) de la HAS. Un questionnaire d'évaluation était joint.

► Composition de l'équipe projet

Pr René AMALBERTI (conseiller technique, MSP, HAS)

Dr Bruno BALLY (adjoint au chef de service, MSP, HAS)

Mme Julie ILDEFONSE (chef de projet, MSP, HAS)

Dr Laetitia MAY MICHELANGELI (chef de service, MSP, HAS)

Dr Gwenaël ROLLAND-JACOB (pilote du projet Saed, chargé de projet HAS)

► Composition du groupe de relecture experts

Pr BARET	**Christophe**	PU sciences de gestion, CHU Marseille
Dr BOUET	**Roland**	PH, membre CCES
Mme BUSCOZ	**Laetitia**	Directrice BAQIMEHP
Mme BUSSY	**Catherine**	Coordonnateur qualité, IGR
Dr D'ALCHE-GAUTIER	**Marie-José**	PH santé Pub, coordinatrice réseau Q, CHU Caen
M. DEBAY	**Olivier**	Vice-président CCES
Mme DECAVEL	**Frédérique**	Directrice des soins, CHU Angers
Dr ESPEROU	**Hélène**	Médecin directeur Unicancer
Dr FAVRIN	**Serge**	Médecin gynécologue-obstétricien, Gynerisq
Pr GENTILE	**Stéphanie**	PUPH, CHU Marseille
Dr GOURHEUX	**Jean-Claude**	Médecin, membre CCES
Mme GRELIER	**Séverine**	Ingénieur GDR, hôpitaux de Saint Maurice

Dr HALLIGON	**Jean**	Médecin, membre CCES
Dr HEARINGER-CHOLET	**Anouk**	Médecin santé publique, REQUA
Mme LE FORT	**Marie-Claude**	Coordonnatrice générale des soins, CHU Angers
Mme MARBACH	**Marielle**	Responsable qualité, hôpitaux de Saint-Maurice
Pr MERTES	**Paul Michel**	PUPH, CHU Strasbourg
Dr PERUCHO	**Pierre**	PH, Médecin coordonnateur GDRAS, CH Perpignan
Dr PROUST	**Alain**	Médecin gynécologue-obstétricien, Gynerisq
Dr REA	**Catherine**	Conseiller médical FEHAP
Dr TOURRES	**Jean**	Médecin, SFAR-CFAR
Mme VELASQUEZ	**Ana**	Responsable qualité, CGDR, centre Dottin, Ramonville

► Composition du groupe de relecture PACTE

Mme BELLIOT	**Michèle**	Responsable qualité, Baqimehp
Mme BOEDIC	**Marion**	Responsable qualité, institut médicalisé de Mar Vivo
Dr BOUSSICAULT	**Gérald**	Pédiatre, CHU Angers
Dr CHABLOZ	**Claire**	Médecin, CEPPRAL, Lyon
Mme FLATIN	**Valérie**	CGDRAS, HCL Lyon
Pr GRANRY	**Jean-Claude**	PUPH, CHU Angers
Mme GRELET	**Laurence**	Coordinatrice générale des soins, CH Cornouaille
Mme HERBRETEAU	**Francine**	Cadre de santé, CHU Angers
Mme LIEDORP	**Agnès**	Cadre de santé, CH Laon
Dr MICHEL	**Philippe**	Directeur qualité, HCL Lyon
Mme PAGANON	**Catherine**	Cadre de santé, HCL Lyon
Mme PAGET	**Clarisse**	Ingénieur qualité, CPIO clinique des Cèdres
Pr QUARANTA	**Jean-François**	Chef de pôle, gestionnaire des risques, CHU Nice
Mme THERAUBE	**Amélie**	Responsable qualité, clinique Ker Yonnec

► Remerciements

Ce projet a été conduit pour la Haute Autorité de santé (HAS) dans le service mission sécurité du patient (MSP) par Mme Julie Ildefonse, chef de projet, en collaboration avec le Dr Gwenaël Rolland-Jacob, pilote du projet Saed et chargé de projet HAS, sous la direction du Dr Laetitia May Michelangeli, responsable de la MSP, et du Dr Bruno Bally, adjoint, et avec le Pr René Amalberti, conseiller technique.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste scientifique, et Mme Yasmine Lombry, assistante documentaliste.

Merci à M. Thomas Le Ludec, en charge de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), d'avoir permis la réalisation de ce projet, ainsi qu'à Mmes Sarah Pedrosa et Karima Nicola, assistantes sur ce projet, pour son bon déroulement.

Merci aux professionnels des unités de Ty Glazik (EHPAD), des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de médecine post urgences (MPU) du CHIC de Cornouaille (Quimper-Concarneau) pour avoir accepté de tester le Saed dans leurs unités.

Merci aux membres des deux groupes de relecture pour leurs contributions et aides à l'élaboration du guide.

Ce guide a été adopté, avant mise en forme et diffusion, par le Collège de la HAS lors de sa séance du 8 octobre 2014.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr